



Facultad de enfermería

Grado de enfermería

Curso 2018-2019

**Trabajo de Fin de Grado**

*“La enfermera referente de heridas crónicas como agente de cambio en el paradigma asistencial”*

*“Nurse practitioner as change agent in the healthcare paradigm”*

Autora: Marina Valle Cruz

Tutora: Aroa Delgado Uria

Santander, junio 2019

### **Aviso de responsabilidad de la UC**

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.

# Índice

1.	Resumen y palabras clave .....	4
2.	Abstract and keywords .....	4
3.	Introducción .....	5
4.	Justificación de la elección del tema .....	5
5.	Objetivos .....	6
6.	Metodología y búsqueda bibliográfica .....	6
7.	Descripción de los capítulos .....	6
8.	Capítulo 1: Heridas crónicas. Un problema de salud pública .....	7
8.1.	Concepto de herida crónica .....	7
8.2.	Factores de riesgo .....	7
8.3.	Epidemiología .....	9
8.4.	Repercusión de las heridas crónicas .....	10
9.	Capítulo 2: El rol de las enfermeras consultoras de heridas crónicas .....	13
9.1.	Concepto de la enfermera consultora de heridas crónicas .....	13
9.2.	Antecedentes históricos de la enfermera consultora de heridas crónicas .....	13
9.3.	Perfil competencial .....	14
9.4.	Formación .....	16
10.	Capítulo 3: Espacios de actuación de la Enfermera Consultora de Heridas Crónicas ..	17
11.	Conclusiones .....	20
12.	Bibliografía .....	21
13.	Anexos .....	25

## 1. Resumen y palabras clave

Actualmente, el patrón epidemiológico está cambiando, al igual que el perfil poblacional. Debido a estos cambios, la sociedad requiere de otras necesidades que el sistema sanitario está teniendo problemas para cubrir. Es necesario un cambio de paradigma asistencial con el que el sistema sanitario sea capaz de afrontar estas nuevas necesidades de forma sostenible y sin renunciar a la calidad.

La enfermera consultora de heridas es un nuevo rol enfermero con un amplio perfil competencial y cuya práctica clínica se basa en la práctica basada en la evidencia científica. Esta figura aparece como respuestas a una de esas necesidades emergentes, la creciente prevalencia de heridas crónicas, una problemática compleja y multifactorial cuyas competencias concluyen en pérdidas de muchos tipos que no solo tiene que enfrentar el paciente que las padece.

Esta figura posee las competencias necesarias para promover el cambio de un paradigma asistencial focalizado en los procesos agudos por otro centrado en la prevención de las enfermedades y sus complicaciones.

Palabras clave: “enfermera consultora de heridas”, “heridas crónicas”, “agente de cambio” y “paradigma asistencial”.

## 2. Abstract and keywords

Currently, the epidemiological pattern is changing, as is the population profile. Due to these changes, society requires other needs that the health system is having problems to cover. It is necessary to change the healthcare paradigm with which the health system is able to meet these new needs in a sustainable way and without sacrificing quality.

The nurse practitioner is a new nurse role with a broad competence profile and whose clinical practice is based on practice based on scientific evidence. This figure appears as answers to one of those emerging needs, the increasing prevalence of chronic wounds, a complex and multifactorial problem whose consequences conclude in losses of many types that not only the patient who suffers must face.

This figure has the necessary skills to promote the change of a healthcare paradigm focused on acute processes by another focused on the prevention of diseases and their complications.

Keywords: “nurse practitioner”, “chronic wound”, “change agent” and “healthcare paradigm”

### **3. Introducción**

Las heridas crónicas son uno de los problemas de salud pública a las que nuestro sistema sanitario se enfrenta en la actualidad. Durante gran parte del siglo XX estas lesiones han estado en un segundo plano en las prioridades de los profesionales sanitarios, no solo debido al contexto político y socioeconómico del país, sobre todo en la primera mitad del siglo XX, sino que, las enfermedades que representaban una mayor incidencia como causa de muerte en las tasas de mortalidad de la población española del siglo XX fueron los procesos infecciosos (Blanes, 2007), es decir, los procesos agudos captaban la mayor parte de la atención tanto en la sociedad como en el ámbito sanitario; sin embargo, la situación de la población española actual ha ido cambiando lentamente. Para empezar, actualmente vivimos en un entorno con más recursos y riqueza que hace 70 años, los avances tecnológicos junto con los avances de la medicina han ideado y materializado tratamientos para enfermedades previamente mortales e incluso casi erradicado algunas epidemias; todos estos progresos han resultado en un aumento de calidad de vida y un incremento de la esperanza de vida (Blanes, 2007).

No obstante, gracias a este aumento de la esperanza de vida y consecuente envejecimiento de la población, se empezó a percibir la magnitud con que las enfermedades crónicas junto con sus complicaciones afectaban a la salud y calidad de vida de la población. Este progresivo cambio epidemiológico requiere de un cambio a medio-largo plazo acorde en el sistema sanitario, es decir, cambiar el enfoque en los procesos agudos a los procesos crónicos. Actualmente, esta transformación sigue en proceso, ya que tanto los profesionales como las políticas sanitarias siguen el planteamiento de "rescatar" los procesos sanitarios agudos (Bengoa, 2015).

A pesar de la lentitud de este cambio del sistema sanitario, sí que se han dado varios pasos hacia adelante; uno de ellos es el surgimiento de la Enfermera de Práctica Avanzada (EPA), una figura no reconocida oficialmente en nuestro país, pero que, a pesar de ello, ya está establecida en varias comunidades autónomas (Jiménez et al., 2019b; Sánchez, 2016; Jiménez, Aguilera, Gutiérrez, González & García, 2019a)

Actualmente las heridas crónicas representan una problemática cada vez más patente en la sociedad y un lastre económico que aumenta progresivamente para el sistema sanitario; sin embargo, no es más que el efecto de un sistema sanitario incapaz de dar una respuesta eficiente. Por ello la incorporación de la figura de la enfermera referente en heridas crónicas o enfermera consultora de heridas proporcionaría un agente del cambio con funciones de líder, docente, consultor y gestor del que el sistema sanitario se beneficiaría enormemente (Bengoa, 2015; Camacho, Rodríguez, Gómez, Lima, & López, 2015; Soldevilla, García & López, 2016).

### **4. Justificación de la elección del tema**

Las heridas crónicas son una problemática muy relacionada con el envejecimiento de la población y la cronicidad, además de ser una representación indudable del cambio epidemiológico de la población y de sus necesidades. A lo largo de mis prácticas he acompañado y observado la forma de trabajar de muchos enfermeros, y mi percepción es que los enfermeros y otros profesionales sanitarios tienen dificultades en el tratamiento de esta problemática debido a la complejidad de las patologías, falta de conocimientos, problemas de continuidad de los cuidados entre niveles asistenciales, etc.

La figura de la enfermera referente en heridas se ha instaurado recientemente en algunas comunidades autónomas de nuestro país con el fin de dar una solución a un complejo problema sanitario y trasladando la dirección de los cuidados hacia la cronicidad y sus complicaciones.

En otras palabras, es un agente de cambio del modelo asistencial y ha obtenido resultados en los sistemas de salud en los que se ha establecido, por lo tanto, es importante no solo ahondar en esta figura y sus competencias, sino también difundirla para que se instaure en todas las comunidades.

## **5. Objetivos**

- Describir la magnitud y complejidad de la problemática de las heridas crónicas y como afecta tanto a la persona que las padece, como al propio sistema sanitario.
- Describir la situación de la enfermera consultora de heridas en España.
- Analizar la figura de la enfermera consultora de heridas y su capacidad como agente del cambio.

## **6. Metodología y búsqueda bibliográfica**

La búsqueda bibliográfica se ha realizado en varias bases de datos, en las que destacan Google Académico, Helcos, Dialnet y Elsevier. Además, han revisado varias revistas científicas con artículos con una antigüedad máxima de cinco años, aunque también se haya incorporado referencias posteriores debido a su relevancia.

Los Descriptores de Ciencias de la Salud (DESC) que se han empleado durante la búsqueda bibliográfica son: "enfermera de practica avanzada", "enfermera consultora", "heridas crónicas". Se usaron los MeSH: "nurse practitioner", "wound", "tissue viability". Además, se han combinado con los receptores booleanos AND y OR

El formato elegido para la bibliografía es el APA.

## **7. Descripción de los capítulos**

- Capítulo 1: En este capítulo se trata el concepto de herida crónica como problemática compleja; se desarrollan aquellos factores que predisponen su aparición o que contribuyen a que tengan una evolución tórpida y se valora su magnitud actual en todas las dimensiones del paciente, la sociedad y el sistema sanitario.
- Capítulo 2: En este capítulo se presenta la figura de la enfermera consultora de heridas crónicas y sus predecesoras anglosajonas, se desarrolla su perfil competencial y la formación requerida y recomendada para ocupar este rol a nivel nacional.

- Capítulo 3: En este capítulo se explican los espacios de actuación de la enfermera consultora de heridas crónicas resaltando el papel que tiene esta figura como agente de cambio del paradigma de la atención sanitaria actual.

## **8. Capítulo 1: Heridas crónicas. Un problema de salud pública**

### **8.1. Concepto de herida crónica**

Las heridas crónicas son “las lesiones de la piel con una escasa o nula tendencia a la cicatrización” (Soldevilla et al., 2016, pág. 4). Dentro de este término, agrupamos principalmente a las úlceras por presión, las úlceras arteriales, las lesiones de pie diabético y las úlceras venosas; sin embargo, también debemos incluir otras lesiones como determinadas heridas quirúrgicas, quemaduras y las lesiones por humedad (LESCAH) (Hernández, 2018).

Este tipo de lesiones se han convertido en un problema de salud pública por su creciente situación epidemiológica y su relación directa con la dependencia y una peor calidad de vida de quienes las padecen (Rumbo, 2015). Requieren de un abordaje integral y multidisciplinar y una valoración holística de la persona que las sufre debido al cuantioso número de factores que pueden entorpecer su correcta evolución (Hernández, 2018).

### **8.2. Factores de riesgo**

Las heridas crónicas son multicausales, por ese motivo es tan complicado su tratamiento. Los agentes que influyen en el proceso de curación de una herida crónica los podemos dividir en tres dimensiones: factores relacionados con el paciente, factores intrínsecos a la herida y factores relacionados con el profesional y el sistema sanitarios (Hernández, 2018).

#### **a) Factores relacionados con el paciente:**

Las enfermedades concomitantes con las heridas crónicas, como hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus, enfermedades vasculares, enfermedad renal crónica, neoplasias, etc. aumentan la probabilidad de aparición de heridas crónicas ya que afectan a la capacidad de cicatrización del organismo con sus procesos fisiopatológicos; además, algunos fármacos usados para estas enfermedades como los citostáticos, los inmunosupresores o los corticoides incrementa el riesgo de padecer heridas crónicas por sus efectos e influyen directamente en la regeneración de los tejidos (Fernández, 2015; Hernández, 2018; Lima, González y Lima, 2017; Ha Van et al., 2019). Es primordial hacer una mención especial a las enfermedades mentales tales como la depresión o la demencia, ya que están muy relacionados con el déficit de autocuidados, llegando incluso a hacerles totalmente dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (Garzón, Pascual y Collazo, 2016).

El estilo de vida del paciente tiene una gran influencia en la probabilidad de desarrollar lesiones crónicas como el tabaquismo, que arrastra una fuerte relación causal con las enfermedades cardiovasculares, lo que le convierte en un importante factor de riesgo en la aparición de heridas crónicas de etiología vascular, sobre todo aquellas de etiología arterial. (Hernández, 2018; Ha Van et al., 2019; Fernández & Figueroa, 2018; Lima et al., 2017).

La piel es un órgano que con los años sufre atrofia de muchas de sus estructuras, disminuye el número de capilares cutáneos y el tejido subcutáneo, lo que provoca el enlentecimiento del proceso de cicatrización de las heridas en la tercera edad.

Además, la piel no solo se ve afectada por la edad, sino también por el estado nutricional de la persona. Tanto la desnutrición como la obesidad favorecen el desarrollo de heridas crónicas y marcan su evolución. Por otra parte, no hay que descuidar la hidratación, ya que la deshidratación afecta a la homeostasia, a la turgencia de la piel y produce prurito, lo que aumenta la aparición de lesiones de rascado (Fernández, 2015; Lima et al., 2017; Ha Van et al., 2019; Hernández, 2018; Kreindl, Basfi-fer, Rojas & Carrasco, 2019).

La dependencia es un factor predisponente sustancial, ya que tiene muchos aspectos a tener en cuenta que pueden provocar una herida crónica: la movilidad reducida o la inmovilidad hacen que el organismo sea más propenso a desarrollar heridas crónicas provocadas por fuerzas externas como la fricción o la cizalla; la incontinencia fecal y urinaria pueden provocar lesiones en la piel debido a una exposición prolongada y continua a la humedad, provocando de esta manera maceración, irritación cutánea, etc. (Lima et al., 2017; Fernández, 2015).

b) Factores intrínsecos de la herida:

La determinación de la etiología de las heridas crónicas es esencial para la selección de un tratamiento adecuado e incluso, no nocivo. Por ejemplo, parte del tratamiento de las úlceras por presión es la eliminación o paliación de la acción de las fuerzas que actúan sobre el cuerpo de la persona, especialmente sus prominencias óseas; sin embargo, en una lesión de miembro inferior de etiología venosa, su tratamiento se centrará en la terapia compresiva de la extremidad afectada (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica, 2012; Lopes et al., 2016). Pero en la realidad, nos encontramos con que la gran mayoría de heridas son multifactoriales, es decir, tienen múltiples etiologías. Este hecho hace que el control sobre su evolución sea complejo; además la información sobre el manejo de heridas de etiología mixta es escasa, ya que los estudios suelen centrarse en un solo tipo de lesión (Guinot, Gombau & Royo, 2017).

El abordaje condiciona la cicatrización de la herida y depende también de la fase de cicatrización en la que se encuentra; sin embargo, en las heridas crónicas aparece tejido de diferentes tipos y asociado a diferentes etapas simultáneamente en el mismo lecho ulceral, lo que provoca un enlentecimiento de la cicatrización y una tórpida evolución. La preparación del lecho de la herida (PLH) es esencial para la correcta evolución de la lesión. El esquema TIME (European Wound Management Association, 2004) centra su práctica clínica en el desbridamiento del tejido no viable, el control del exudado, el manejo de la inflamación e infección de la herida, el cuidado de los bordes epiteliales, basándose en la cura en ambiente húmedo (CAH). Los factores descritos en el TIME son fundamentales en el tratamiento de las heridas crónicas; si cualquiera de ellos se comprometiese, el proceso de cicatrización se complicaría considerablemente, pudiendo incluso impedir el cierre de la lesión (Palomar et al., 2018; Hernández, 2018).

c) Factores relacionados con el profesional sanitario:

Aunque no es el único con la responsabilidad de su tratamiento, el profesional sanitario que ha adoptado dentro de sus competencias el cuidado de las heridas crónicas es la enfermera. Es el profesional que planifica los cuidados, valora la herida periódicamente, gestiona el material de cura, etc. Por ello es recomendable que tenga un amplio conocimiento sobre la fisiopatología de la herida, sus causas, el correcto uso del material, etc. Estos conocimientos forman parte de



la formación de grado, no obstante, los profesionales se enfrentan a la incertidumbre diariamente, no necesariamente porque no conozcan las nociones básicas, sino por la complejidad de la patología. Esta incertidumbre en la práctica clínica da lugar a variabilidad injustificada, que, según Rumbo Prieto (2015), produce perjuicios al paciente resultando en una asistencia sanitaria ineficaz. Esta incertidumbre se puede paliar con la formación específica en heridas crónicas posgrado (Esperón, Loureiro, Antón, Pérez & Soldevilla, 2014).

Recientemente, la enfermería que ha alcanzado el nivel formativo de grado, puede especializarse vía máster o vía EIR, le es posible acceder al doctorado, y, además, puede acceder a cursos de formación al alcance de todos; curiosamente según el estudio de Esperón Güimil (2014), la falta de formación es la principal razón que provoca incertidumbre en cuanto al tratamiento de heridas crónicas en las enfermeras.

Esos conocimientos reducen la incertidumbre y permiten a los enfermeros dar una asistencia sanitaria basada en la evidencia, un paradigma asistencial que tiene en cuenta la experiencia profesional de cada enfermero, la evidencia científica, las demandas de los pacientes y los recursos disponibles (Rumbo, 2015). Este paradigma nos previene de realizar actuaciones terapéuticas y diagnósticas innecesarias que más que ayudar al paciente pueden provocarle un perjuicio.

Actualmente, este paradigma no ha calado en todos los profesionales, ya que, aún existe una alta variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas y, ya sea por la elección de una pauta de cura ineficaz, por un diagnóstico erróneo o por inconsistencia en un tratamiento, esta variabilidad afecta negativamente la correcta evolución de las heridas (Esperón et al., 2015).

Con el fin de disminuir la variabilidad injustificada y aunar criterios, se han recopilado las recomendaciones basadas en la evidencia en guías de práctica clínica, unos documentos al alcance de todos los profesionales que, entre otras patologías, tratan el abordaje de las heridas. Sin embargo, estas guías no siempre cumplen el rigor científico o metodológico necesario para recomendar su uso. Rumbo Prieto (2016) concluye que hay guías nacionales sobre el abordaje de las úlceras por presión y el pie diabético con una calidad excelente, desgraciadamente las guías de práctica clínica de las úlceras venosas no cumplen con los criterios para ser recomendadas, por lo que se tendrá que recurrir a guías internacionales.

La falta de continuidad de cuidados entre niveles asistenciales también es causa de la variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas. Actualmente el principal canal de comunicación entre la atención primaria y la atención especializada son los informes de alta, los cuales no son del todo eficientes en cuanto a su objetivo de trasladar el plan de cuidados a otro nivel asistencial. Correa Casado (2014) afirma que la investigación en un canal de comunicación más fluido ayudaría a aumentar la comunicación entre niveles asistenciales y promovería la continuidad de cuidados.

### **8.3. Epidemiología**

Pancorbo (2014) en su Estudio de Prevalencia Nacional de Úlceras por Presión realizado en 2013, muestra una prevalencia del 6-7% en el ámbito hospitalario, una prevalencia del 7,1-9,1% en atención domiciliaria de Atención Primaria y una prevalencia del 12,6-14,2% en centros sociosanitarios. La media de edad poblacional era de 78 años, esta cifra varía según el

ámbito asistencial, no obstante, en todos, la edad media es mayor a los 65 años. Además, el 65% de las lesiones estudiadas en el estudio eran de origen nosocomial.

En relación a los estudios nacionales previos (Pancorbo et al., 2014), se observa un aumento de la prevalencia de úlceras por presión en todos los ámbitos asistenciales, siendo destacable el aumento en los centros sociosanitarios (véase anexo 1).

Torra (2004) en su estudio nacional de prevalencia de úlceras de extremidad inferior de 2003 concluyó que las úlceras venosas tenían una prevalencia del 0,09% en Atención Primaria, una prevalencia del 2% en los centros sociosanitarios y una prevalencia de 1,46% en el ámbito hospitalario.

Por otra parte, las úlceras arteriales poseen una prevalencia de 0,013% en Atención Primaria, una prevalencia de 0,3% en centros sociosanitarios y una prevalencia de 0,76% en el ámbito hospitalario (Torra et al., 2004).

Además, las úlceras mixtas poseen una prevalencia de 0,026% en Atención Primaria, una prevalencia de 0,55% en centros sociosanitarios y una prevalencia de 0,47% en el ámbito hospitalario (Torra et al., 2004).

Para finalizar, las úlceras de pie diabético tienen una prevalencia de 0,027% en Atención Primaria, una prevalencia de 0,7% en centro sociosanitarios y una prevalencia de 1,42% en el ámbito hospitalario (Torra et al., 2004).

La edad media de los pacientes con las denominadas úlceras de pierna o úlceras de extremidad inferior es de 76,4 años (Torra et al., 2004).

Es difícil concluir con un número actual de heridas crónicas a nivel nacional debido a la antigüedad de los estudios. Estos estudios son complejos a causa de la variabilidad etiológica de las lesiones y debido a la gigantesca muestra necesaria para obtener un resultado significativo en un estudio de estas dimensiones.

#### **8.4. Repercusión de las heridas crónicas**

Las heridas crónicas tienen un fuerte impacto en toda la comunidad y generan costes directos económicos desmesurados. No obstante, debemos añadir aquellos costes indirectos de los que el sistema sanitario no se hace cargo y sumar el impacto de los costes intangibles que esta problemática acarrea.

Además, este impacto es global, es decir, afecta al paciente, a la sociedad y al sistema sanitario. Sin embargo, no afecta a todos de la misma forma.

##### **a) Impacto en la persona:**

Al hablar de las repercusiones en el paciente no nos podemos olvidar de su entorno social y red de apoyo, ya que también les condiciona. El paciente y su entorno sufren la gran mayoría de costes intangibles, los cuales son imposibles o muy difíciles de contabilizar pero que resultan en una pérdida de calidad de vida para el paciente (Hernández, 2018).

Para empezar, debemos hablar de la pérdida de autonomía de la persona que sufren este problema de salud. Según el estudio de Pancorbo (2014), la edad media de la persona que sufre una herida crónica es mayor de 70 años, una edad en la que la autonomía para satisfacer necesidades básicas puede comenzar a verse afectado por el proceso fisiológico de envejecimiento sobre el cuerpo y las comorbilidades, por lo que la aparición de una herida crónica con su sintomatología y complicaciones se suma como lastre para su autonomía (Lopes et al., 2015).

El síntoma más incapacitante y que repercute más negativamente en la persona y su calidad de vida es el dolor, el dolor varía en función de varios factores: umbral del dolor de la persona, etiología de la herida, etc. Además, interviene adversamente en la movilidad del paciente, sus relaciones sociales y tratamiento de la propia herida (Rocha et al., 2016; Lopes et al., 2016; Hernández, 2018). No por ello nos podemos olvidar del resto de la sintomatología: olor, prurito, etc.

Otro impacto importante en el paciente es la pérdida de autoestima; la persona con una herida crónica se siente afectada ya que no le gusta el aspecto que da al resto de la sociedad o se siente frustrada por perder parte de su autonomía. Además, el prolongado periodo de tiempo que conviven con esa herida les aporta una gran carga emocional que puede resultar en ansiedad o depresión (Lopes et al., 2016; Hernández, 2018).

Como fruto de pérdida de movilidad, pérdida de autoestima, etc. la persona puede llegar a una situación de aislamiento social por falta de interés, incapacidad de salir de casa o vergüenza de la propia herida, pudiendo afectar a las relaciones interpersonales con su red de apoyo y entorno socio-familiar (Hernández, 2018; Fernández, 2015).

Además, la persona se enfrenta a un mayor riesgo de morbilidad relacionado con las posibles complicaciones de la herida como la infección; a su vez, el hecho de tener una herida aumenta el riesgo de muerte asociado a complicaciones de la propia úlcera crónica (Fernández, 2015).

Por otra parte, los pacientes pierden de años de vida laborable ya que muchos trabajos son incompatibles con la concomitancia de una herida crónica e incluso pueden ser motivo de jubilación anticipada (Fernández, 2015).

Todas estas repercusiones en el paciente también impactan en la calidad de vida de su entorno socio-familiar, sobre todo si el paciente ya presenta un alto grado de dependencia para las actividades básicas. Por último, tampoco podemos olvidar la carga emocional que les genera, pudiendo resultar en una sobrecarga del cuidador (Hernández, 2018; Fernández, 2015).

#### b) Impacto en el sistema sanitario:

Por otra parte, las repercusiones en el sistema sanitario se centran más en los costes económicos que generan las heridas crónicas en todos los niveles asistenciales, ya que suponen un inmenso coste-oportunidad para el sistema.

Torra (2017) muestra en su estudio, que ya en 2006, más del 5% de los presupuestos gastados en salud se habían destinado solo al tratamiento de las úlceras por presión. Desgraciadamente a nivel nacional no tenemos estudios actuales que traten el coste que suponen estas heridas; sin embargo, en estudios de otros países (Guest et al., 2015; Torra et al., 2017) el coste del abordaje de las heridas en Reino Unido en 2013 fue de 4,5-5,1 billones de libras, Alemania en

2014 estimó el coste entre 1000 y 2300 millones de euros y en EE.UU. en 2012 supusieron un coste hospitalario añadido de 13000 millones de dólares.

Estas cifras son difíciles de calcular, sin embargo, es indudable que consumen una gran parte de los recursos económicos. Las heridas crónicas afectan a múltiples factores que aumentan su coste en el sistema sanitario: el coste del tratamiento varía en función a su etiología y su tiempo de cicatrización. No obstante, además de generar este coste, aumenta los días de estancia hospitalaria con el impacto económico que genera, añade su coste a los grupos relacionados de diagnóstico en calidad de efecto adverso, el tratamiento de las complicaciones que surjan a partir de la herida también supone un incremento y además también se incluirá el coste de las medidas de prevención (Torra et al., 2017).

Por último, se pondrá en duda la calidad del sistema sanitario en caso de que exista una prevalencia alta de heridas crónicas. Como expresa Fernández (2015) “A día de hoy, se conoce que el 95% de las heridas crónicas son evitables”. Esta frase implica que los profesionales de enfermería no están aplicando correctamente las medidas preventivas o incluso omitiendo esos cuidados en la mayoría de los pacientes, es decir, se estaría cometiendo una negligencia asistencial. Esta situación repercute en la ética de los profesionales de enfermería y en las consecuencias legales para los mismos en caso de ser denunciados.

La bioética es la disciplina que protege los derechos y calidad de vida de los pacientes mediante la unión de la ética con las ciencias (Mora, 2015), y sus principios son fundamentales en toda buena praxis de cualquier profesional sanitario. Mediante la omisión de los cuidados preventivos, el profesional, vulnera todos los principios éticos, no obstante, el más damnificado es el principio ético de mínimos, no maleficencia (Fernández, 2015).

La negligencia asistencial está recogida tanto en el Código Penal (2019) como en el Código Civil (2019), además, se ha observado un aumento de las demandas por parte de los pacientes y sus familiares por mala praxis hacia los profesionales sanitarios (Perin, 2018). Esta realidad no solo genera un gasto económico para los colegios, los profesionales pueden ser penados con internamiento en un centro penal e inhabilitación de su profesión. Según Perin (2018), estas consecuencias punitivas han afectado a la calidad asistencial de los profesionales sanitarios. Cada vez más profesionales eligen ejercer una praxis “defensiva”, cuyo fin no es la calidad de la asistencia y el cuidado al paciente, sino evitar a toda costa sentarse en un banquillo.

#### c) Impacto en la sociedad:

Para finalizar, no podemos olvidar que las heridas crónicas son un problema público que afecta a toda la sociedad; sin embargo, como sociedad afrontamos otro tipo de costes.

Para empezar, según la Ley General de Sanidad vigente (1986) la asistencia sanitaria española se financia con los impuestos de los ciudadanos, y que esos impuestos los gestionan el gobierno de las comunidades autónomas. Por lo tanto, es la propia sociedad la que costea el sistema sanitario.

Además, financiarían el creciente número de subsidios por dependencia. Como se ha dicho previamente, las heridas crónicas provocan un aumento de la dependencia en las personas que lo padecen, como consecuencia el número de subsidios por dependencia aumentarán, como señalan los informes del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (2011; 2017; 2019) (véase anexos 2, 3 y 4). El número de personas beneficiadas por estas prestaciones ha aumentado paulatinamente en estos últimos años, en el 2019 representa

aproximadamente un 2% de la población nacional, mientras que en 2011 eran solo el 1,48% de la población española.

Por último, el aumento de la dependencia repercute directamente en la capacidad laboral de la persona en edad laboral afectada por heridas crónicas, es por eso por lo que esas personas se les suele dar bajas laborales e incluso jubilaciones anticipadas, además de ser una causa de absentismo laboral. Por otra parte, también aumenta el absentismo laboral por parte de los familiares y personas del entorno social del paciente que se dediquen al cuidado informal del mismo (Torra et al., 2017).

## **9. Capítulo 2: El rol de las enfermeras consultoras de heridas crónicas**

### **9.1. Concepto de la enfermera consultora de heridas crónicas**

Las heridas crónicas generan un gran impacto en todas las esferas de la sociedad, son una problemática compleja y multifactorial a la que los sanitarios no han sido capaces de dar una respuesta eficiente con el modelo de asistencia del sistema sanitario. Como consecuencia, se ha desarrollado una figura más flexible con una práctica clínica de mayor complejidad y autonomía que una enfermera generalista.

Esta figura es la Enfermera Consultora de Heridas Crónicas (EHC), que según Soldevilla Ágreda es:

*Un profesional con amplios conocimientos, habilidades y actitudes, con capacidad y liderazgo para la toma de decisiones clínicas, preventivas, diagnósticas y terapéuticas en relación con las heridas crónicas y basadas en las mejores evidencias disponibles, teniendo en cuenta la situación global de salud del paciente y su entorno de cuidados (2016, pág. 5).*

Debido a la falta de legislación en relación con este rol enfermero, esta figura también responde a nivel nacional a otros nombres como Enfermera Referente de Heridas Crónicas (ERHC) o Enfermera de Práctica Avanzada de Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) (Soldevilla et al., 2016; Jiménez et al., 2019b).

### **9.2. Antecedentes históricos de la enfermera consultora de heridas crónicas**

Dada la estrecha relación que otorga la literatura a la enfermera consultora de heridas con la enfermera de práctica avanzada, se hablan de múltiples figuras como la Nurse Practitioner (NP) o la Clinical Nurse Specialist (CNS) (San Martín Rodríguez, Soto Ruiz y Escalada Hernández, 2019). No obstante, si queremos hablar de unas figuras enfermeras con un rol más complejo y avanzado centrado en las heridas, podemos resaltar dos predecesores anglosajones.

La primera figura es la Enfermera Especialista en Heridas, Ostomías e Incontinencia (Wound, Ostomy and Continence Speciality Nursing), surgió en 1980 en el norte de Estados Unidos como una especialidad enfermera muy relacionada con la patología digestiva pero que fue acogiendo en sus competencias la actuación sobre el tratamiento de las heridas crónicas (Jiménez et al., 2019b); sin embargo, esta especialidad procede del desarrollo de las enfermeras encargadas del manejo de los estomas en los años sesenta (Jiménez et al., 2019).

La otra figura predecesora de la enfermera consultora de heridas crónicas es la Enfermera Especialista en Viabilidad de Tejido (Tissue Viability Nurse), una especialidad enfermera procedente del Reino Unido que obtuvo un auge importante en la década de los noventa, pero que su origen es posterior (Ousey, Atkin, Milne, & Henderson, 2014). Es una especialidad enfermera que pone su punto de mira en la prevención y la gestión del daño tisular tanto de heridas crónicas como de heridas agudas. (Jiménez et al., 2019a; Jiménez et al., 2019b)

### **9.3. Perfil competencial**

La complejidad del rol sitúa el perfil competencial de la EHC en el perfil competencial de la enfermera de práctica avanzada (Soldevilla et al., 2016). La EPA es definida como:

*Una enfermera registrada que ha adquirido conocimiento experto, las habilidades para la toma de decisiones complejas y las competencias clínicas para extender su práctica, cuyas características están determinadas por el contexto y/o país en el que está acreditada para ejercer* (Sánchez Rubio, 2016, pág. 11)

Al igual que la EHC, la EPA carece de legislación, posee varias nomenclaturas y un carácter ambiguo en su rol. Además, debido a la heterogeneidad de la enfermería como profesión y del desarrollo del propio rol en los distintos contextos extranjeros, no se ha llegado a un consenso internacional de sus competencias (Sánchez Rubio, 2016). Sin embargo, a nivel nacional se ha publicado el artículo especial “*Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España*” (2015), en el cual un grupo de expertos ha concretado las competencias de la enfermería de práctica avanzada para ayudar a su desarrollo e implementación.

#### **a) Práctica basada en la evidencia**

La práctica basada en la evidencia es un paradigma asistencial que todos los profesionales de enfermería deben adoptar en su práctica habitual con el fin de reducir la variabilidad injustificada, que puede dar lugar a errores, y de aumentar la variabilidad justificada como fruto de la variabilidad individual de los pacientes y la heterogeneidad de las patologías (Rumbo, 2015); no obstante, destaca como un elemento distintivo entre la práctica avanzada y los profesionales generalistas, sobre todo en un contexto de cambio epidemiológico y de gran demanda asistencial debido al cambio de necesidades de la población.

Por lo tanto, la enfermería basada en la evidencia es un requisito indispensable en el desarrollo profesional propio de una enfermera de práctica avanzada, siendo, de hecho, una de las primeras competencias en la que los expertos alcanzaron un consenso (Sastre et al., 2015).

#### **b) Liderazgo clínico y profesional**

Actualmente, la enfermería es capaz de liderar un equipo, no obstante, los enfermeros no suelen adquirir este rol dentro de un equipo multidisciplinar. La EPA debe ser capaz de liderar un equipo multidisciplinar con el fin de garantizar una calidad en los cuidados y la seguridad del paciente. Además, debe promover el aprendizaje efectivo de la práctica basada en la evidencia del resto de profesionales ya sean o no de la misma profesión (Miguélez et al., 2018).

Esta competencia otorga a la EPA una función innovadora en la asistencia a los pacientes, como el rol de Enfermera Gestora de Casos (EGC), y una función de docente hacia los profesionales y estudiantes mediante convenios con las universidades (Sastre et al., 2015; Appleby & Camacho, 2014).

c) Autonomía profesional

La EPA fomenta y practica la autonomía profesional en su día a día, haciendo uso de su capacidad para tomar decisiones complejas como escoger terapias o tratamientos, derivar a otros profesionales, pedir pruebas diagnósticas, etc. (Sastre et al., 2015).

La teoría dice que también tiene la capacidad de llevar a cabo intervenciones farmacológicas, no obstante, su uso por parte de los enfermeros, generalista o de práctica avanzada, está sujeta a la legislación vigente, que es el Real Decreto 1302/2018 (2018).

d) Investigación

La investigación también se destacó como una competencia diferenciadora de la enfermería de práctica avanzada, ya que tiene un gran peso en sus funciones. La EPA investigará y valorará áreas potenciales de investigación en la práctica enfermera, colaborará en estudios de forma activa y/o desarrollará estudios cuyos hallazgos también divulgará al resto de profesionales ya sea en forma de artículo en una revista científica o como guía de práctica clínica (Appleby et al., 2014; Sastre et al, 2015).

e) Gestión de cuidados

La gestión de los cuidados permite a la EPA derivar pacientes a otros profesionales. Esta competencia permite a la enfermera coordinar y promover la comunicación entre niveles fomentando la continuidad de cuidados (Appleby & Camacho, 2014).

f) Consultoría

Esta competencia otorgaría a la EPA la posición de referente en cuanto a práctica clínica para el resto de los enfermeros, que podrían pedir asesoría mediante consulta directa o por medios telemáticos a la disposición de los profesionales como el teléfono, el correo electrónico o la interconsulta no presencial. Esta competencia está muy ligada con la práctica basada en la evidencia, la investigación y el liderazgo clínico (Sastre et al., 2015).

g) Juicio clínico experto

El juicio clínico es imprescindible para el desarrollo de todas las competencias de la enfermería de práctica avanzada EPA, debido a que es la base de todas las decisiones tomadas por la enfermera de práctica avanzada a lo largo de toda su carrera profesional (Sastre et al., 2015).

h) Relaciones interprofesionales

Esta competencia representa la importancia de que la enfermera de práctica avanzada forme parte de un equipo multidisciplinar o transdisciplinar y que opere con los profesionales del resto de disciplinas con el fin de garantizar la continuidad y la máxima calidad de los cuidados recibidos por el paciente (Sastre et al., 2015).

Estas competencias conformarían el perfil competencial de la EHC. Por otra parte, Soldevilla Ágreda (2016) destaca cuatro de estas competencias:

- La competencia de consultoría para el resto de los profesionales con pacientes que sufren heridas crónicas.
- La competencia de liderazgo con la que se defenderá la atención sanitaria de calidad a los pacientes y ayudará a formar a alumnos y profesionales.
- La competencia de gestión, no solo de casos, sino que considera que también tienen que gestionar los recursos ligados con el tratamiento de las heridas.
- La competencia de investigación en la que aunaré la evidencia científica en cuanto a heridas crónicas.

#### **9.4. Formación**

La complejidad del rol de EHC establece una clara diferencia con la enfermera generalista en cuanto a conocimientos, toma de decisiones, autonomía y práctica clínica. Dado que esta figura enfermera tiene un perfil competencial homólogo a la EPA es lógico que requiera una formación similar; sin embargo, nos encontramos que los requisitos formativos para esta figura no están estipulados nacionalmente por la falta de legislación que formalice el rol en el sistema sanitario (Sánchez Rubio, 2016).

La literatura afirma que la educación académica del grado por sí sola es insuficiente para llevar a cabo el rol de forma adecuada, es necesaria una formación posgrado. (San Martín, Soto & Escalada, 2019)

Por otra parte, tampoco existe un consenso a nivel global sobre la formación académica de roles enfermeros avanzados. Existen países como Alemania en los que directamente no reconocen estos roles avanzados; otros países como Finlandia reconocen la existencia de esta figura, pero no tiene una formación específica, sin embargo, es obligatorio cursar formación posgrado para acceder a ese puesto de trabajo. Holanda ha establecido que el nivel formativo para acceder a estos roles es el máster universitario, ofertado en sus universidades nacionales. Algo parecido sucede con Canadá, ya que también ha establecido el máster como formación académica mínima; no obstante, el modelo de práctica avanzada de Canadá afirma que el título no es suficiente para ejercer correctamente este rol, sino que, además es necesario aunar a la experiencia clínica. Por último, Estados Unidos, aparte del máster universitario, crea un programa de Doctorado de Práctica de Enfermería que se basa en la puesta en práctica el conocimiento avanzado de estos roles (San Martín et al., 2019).

En nuestro paradigma universitario nacional nos encontramos con diversas opciones entre las universidades de diferentes comunidades (San Martín et al., 2019). Sin ir más lejos en la Universidad de Cantabria se oferta el Máster Oficial en Gestión Integral e Investigación de las Heridas Crónicas (Universidad de Cantabria, 2018) para profesionales dedicados al ámbito de la salud.

En conclusión, los requisitos son muy heterogéneos debido a los diferentes contextos en los que se desarrolla la enfermería en todos los países; no obstante, los estudios de posgrado son necesarios para ejercer el rol de la EHC, en concreto, se recomienda el máster universitario y es el nivel de formación más desarrollado para formar a las EHC (San Martín et al., 2019).



### **10. Capítulo 3: Espacios de actuación de la Enfermera Consultora de Heridas Crónicas**

Las competencias de la EHC otorgan una gran versatilidad a su rol, dando lugar a que esta figura sea capaz de operar en varios espacios de actuación. Todos serían compatibles con las competencias expuestas previamente.

No obstante, su puesta en marcha tal como se expone, debería conllevar previamente la formalización de esta figura con el consiguiente incremento de competencias o manejar estos espacios de actuación junto con un equipo multidisciplinar que complementasen esas carencias (Camacho et al., 2015).

#### **a) Práctica clínica**

El primer espacio de actuación sería la práctica clínica y el proporcionar los cuidados directamente al paciente y a su entorno familiar o social. En su práctica clínica tiene el objetivo de mejorar o mantener la salud e integridad del paciente y de potenciar las medidas preventivas sobre el mismo. (Soldevilla et al., 2016).

Cabe puntualizar, que la práctica clínica de esta figura debería de diferenciarse de la enfermera generalista ya que la literatura sugiere que la EHC ejerce su práctica clínica avanzada con autonomía y basándose en los conocimientos adquiridos durante su formación específica en el tratamiento y prevención de heridas crónicas (Soldevilla et al., 2016). No obstante, con la legislación actual (1986), el desarrollo de la EHC en este campo de actuación resulta insostenible sin otros profesionales sanitarios.

#### **b) Consultoría**

La EHC como figura referente, también se responsabilizaría de la consultoría a otros profesionales sanitarios con el fin de orientar y apoyarles. Es uno de los espacios de actuación más importantes y que más diferencian al rol. Aun así, se corre el riesgo de un mal uso de esta figura por el resto de los profesionales y se convierta en una forma de liberarse de pacientes demasiado complejos para asumir, como se temían las enfermeras británicas con su homóloga inglesa, la TVN (Ousey et al., 2014; Soldevilla et al., 2016).

Sería necesario establecer una serie de criterios en los que los profesionales se puedan basar para justificar la derivación de esos pacientes a la EHC; aun así, no solo se atenderían consultas presenciales con los pacientes derivados, sino que se usarían formatos como la videollamada, visores, correo electrónico, etc. Las nuevas tecnologías abren un amplio abanico de posibilidades en la que la EHC, al igual que otros profesionales, pueda optimizar el uso de su tiempo y los recursos disponibles (de Argila, 2018).

#### **c) Gestión de recursos**

Existe una enorme diversidad de productos sanitarios para el tratamiento de las heridas crónicas. Sin embargo, no todos demuestran tener la misma eficacia o no resultan costo-efectivos al sistema sanitario.

Por ello la ECHC deberá ser un activo en la gestión de recursos, en la selección, adquisición y distribución de productos, sobre todo en aquellos materiales destinados a la prevención de las heridas crónicas, como las superficies especiales para el manejo de la presión, ya que resultan ser los más rentables para el sistema si se utilizan adecuadamente (Hernández, 2018; Soldevilla et al., 2016).

#### d) Agente de cambio

Bengoa Rentería (2015) habla del inmovilismo de nuestro sistema sanitario hacia propuestas que pretenden transformarlo hacia una mayor calidad de los servicios prestados a los usuarios. Sobre todo, en un contexto con un perfil de población cambiante que paulatinamente requiere y va demandando intervenciones diferentes a las que se están potenciando actualmente en el sistema sanitario.

Es necesaria una reforma del sistema sanitario actual centrado en curar a un sistema sanitario que abogue por la prevención de las enfermedades y complicaciones de estas de forma sostenible. (Bengoa, 2015)

La ECHC es una figura con las competencias necesarias para fomentar esa transformación. Para empezar, es un profesional con conocimientos extensos sobre las heridas crónicas y su prevención, siendo esta última su objetivo principal. Su práctica clínica sobre los pacientes y su entorno familiar los transforma en agentes activos de su propia salud formándolos mediante educación para la salud en la seguridad del paciente y la prevención de heridas crónicas (Soldevilla et al., 2016)

Por otra parte, esta figura tiene un gran impacto en el resto de los profesionales. Su función como figura consultora facilita la elección del tratamiento adecuado sobre el paciente, ya sea una pauta de cura o una derivación a otro nivel asistencial aumentando la calidad asistencial aportada al paciente y previniendo complicaciones de la herida derivadas de un tratamiento erróneo o ineficaz. Jiménez García (2019b) objetiva que, con esta figura, los tratamientos administrados erróneos disminuyeron de un 14% a un 4% en dos años en varios distritos de Andalucía.

Además, no podemos olvidar que la ECHC es un profesional que ejerce dentro del paradigma basado en la evidencia y que a su vez promoverá que el resto de los profesionales también lo ejerzan. Es capaz de hacerlo gracias a su función docente, con charlas y sesiones educativas a enfermeras y otros profesionales sobre la valoración, la prevención y el tratamiento de heridas crónicas. El efecto que tiene en los profesionales se materializa en la calidad de los cuidados que reciben sus pacientes, Jiménez García (2019b) expone en su artículo que el papel docente y promotor de la enfermería basada en la evidencia se ha traducido en profesionales más formados que aportan cuidados más eficientes lo que se ha traducido en unas tasas de cicatrización menores y una optimización de los recursos. La ECHC es capaz de difundir la importancia de la prevención y reafirmar los beneficios reales de la misma, ya que es un hecho que, aunque muchos profesionales lo reconocen, no le dan gran importancia (Bengoa, 2015).

Sin embargo, la docencia no es el único medio que tiene la ECHC para difundir la práctica basada en la evidencia. Como figura aglutinadora del conocimiento científico, tiene un papel en la elaboración de guías de práctica clínica y protocolos que a los que el resto de los profesionales pueden acudir para dirigir las decisiones de su propia práctica clínica diaria hacia la enfermería basada en la evidencia. (Soldevilla et al., 2016)

Por último, la EHC es un profesional que ayuda a reducir el gasto provocado por las heridas crónicas. Como se mencionó previamente, el uso de un tratamiento correcto en el momento del diagnóstico se traduce en un mejor pronóstico con una recuperación más pronta y con menos complicaciones, sin embargo, también tiene el efecto de reducir el gasto. Esto es debido a que se ahorrará el gasto que hubiesen producido las complicaciones que hubiesen surgido, el gasto de un tratamiento incorrecto, etc. Además, al formar a los profesionales en el tratamiento y, sobre todo la prevención de heridas crónicas, ese ahorro se multiplicará. En el estudio de Jiménez García (2019a) el ahorro total calculado en los distritos de Andalucía donde operó la EHC asciende a 250.000 euros en dos años.

Debido a todo esto, la EHC es un excelente agente del cambio que promueve este cambio de paradigma en el sistema actual. Es una figura líder que influye en la práctica clínica de otros profesionales, impulsa la prevención, aumenta la calidad de los cuidados y da respuesta a una de las necesidades de la población actual de forma económicamente sostenible.

## 11. Conclusiones

- El sistema sanitario actual es incapaz de dar una respuesta eficaz a las necesidades de la población aquejada de procesos crónicos con un modelo centrado en la actuación sobre procesos agudos.
- Las heridas crónicas son una problemática multifactorial que no afecta solo al paciente y a su entorno más cercano, sino que también repercute a toda la sociedad. Su magnitud es creciente debido al cambio del perfil poblacional y el consecuente al cambio de patrón epidemiológico tendente a la cronicidad más que a los procesos agudos. Es un problema de salud complejo de tratar y cuya intervención debe ser holística y multidisciplinar.
- La ECHC es una figura enfermera no formalizada pero que ha empezado a operar en varias comunidades autónomas como Andalucía. Tiene un perfil competencial avanzado que le permite trascender el rol de enfermera generalista y dar respuesta a las necesidades poblacionales derivadas de las heridas crónicas.
- La ECHC para aprovechar todo el potencial de su rol enfermero deberá formar parte de un grupo multidisciplinar para cubrir espacios de actuación que no podría alcanzar de forma autónoma.
- El carácter de agente de cambio de la ECHC viene dado por su carácter de líder, docente, investigadora y consultora, además de realizar su práctica clínica en cuanto al tratamiento y prevención de las heridas crónicas dentro del paradigma de la enfermería basada en la evidencia. Estos atributos otorgan a esta figura enfermera la capacidad de promover la transformación del modelo asistencial a un sistema sanitario basado en la prevención.

## 12. Bibliografía

- Appleby, C. & Camacho, R. (2014). Retos y oportunidades: aportaciones de la Enfermera de Practica Avanzada en la cronicidad: aprendiendo de las experiencias. *Enfermería clínica*, 24(1), 90-98.
- Bengoia, R. (2015). El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar. *Gaceta Sanitaria*, 29(5), 323-325.
- Blanes, A. (2007). *La mortalidad en la españa del siglo XX* (Tesis doctoral). Univesidad autonoma de Barcelona, Barcelona.
- Camacho, R., Rodríguez, S., Gómez, J., Lima, M. y López, S. (2015). Calidad, accesibilidad y sostenibilidad: claves para la enfermería de practica avanzada. *Enfermería Clínica*, 25(5), 221-222.
- Correa, M. (2014). El informe de continuidad de cuidados como herramienta de comunicación entre atención hospitalaria y atención primaria. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 5(2), 102-111.
- de Argila, N. (2018). Telesalud para paciente crónico con herida compleja. *Heridas y cicatrización*, 8(1), 3.
- Esperón, J. A., Loureiro, M. T., Antón, V., Pérez, I. y Soldevilla, J. J. (2014). Variabilidad en el abordaje de las heridas crónicas: ¿qué opinan las enfermeras? *Gerokomos*, 25(4), 171-177.
- European Wound Management Association (2004). *Position Document: Wound Bed Preparation in Practice* (1 ed.). London: MEP Ltd.
- Fernández, I. (2015). *Conocimiento de los equipos de enfermería geriátrica de Pontevedra en cuidados de la piel para la prevención de úlceras por presión* (Trabajo de fin de Máster). Universidad de Cantabria, Santander.
- Fernández, E. y Figueroa, D. (2018). Tabaquismo y su relación con las enfermedades cardiovasculares. *Revista Habanera de Ciencias Medicas*, 17(2), 225-235.
- Garzón, M., Pascual, Y. y Collazo, E. (2016). Relación entre depresión y características sociodemográficas en cuidadores principales de pacientes con enfermedad de Alzheimer. *Revista cubana de enfermería*, 34(1).
- González, H. (2017). *Unidades de heridas en España* (Tesis doctoral). Universidad de Alicante, Alicante.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica. (2012). *Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas* (1ª ed.). Valencia, España: Conselleria de sanitat.

- Guest, J. F., Ayoub, N., McIlwraith, T., Uchegbu, I., Gerrish, A., Weidlich, V. y Vowden, P. (2015). Health economic burden that wounds impose on the National Health Service in the UK. *BMJ Open*, 5(12), 1-5.
- Guinot, J., Gombau, Y. y Royo, C. (2017). Caso de una úlcera hipertensiva de Martorell: importancia de una buena anamnesis y diagnóstico para su resolución. *Enfermería Dermatológica*, 11(30), 57-63.
- Ha Van, G., Amouyal, C., Perrier, A., Haddad, J., Bensimon, Y., Bourron, O. y Hartemann, A. (2019). Pie diabético. *EMC-Podología*, 21(1), 1-21.
- Hernández, A. (2018). *Beneficios de las unidades multidisciplinarias en el abordaje de las heridas crónicas* (Trabajo de fin de grado). Escuela de Enfermería Dr. Dacio Crespo, Valencia.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 1 de marzo de 2011*. Recuperado de : [hps://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2011/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2011/index.htm)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 1 de Marzo de 2011*. Recuperado de : [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2017/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2017/index.htm)
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 1 de Marzo de 2011*. Recuperado de : [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2019/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2019/index.htm)
- Jiménez, J. F., Aguilera, G., Gutiérrez, M., González, F. y García, F. P. (2019). Efectividad de la enfermera de practica avanzada en el cuidado de los pacientes con úlceras por presión en atención primaria. *Gerokomos*, 30(1), 28-33.
- Jiménez, J. F., Arboledas, J., Ruiz, C., Gutiérrez, M., Lafuentes, N. y García, F. P. (2019). La enfermera de práctica avanzada en la adecuación de los tratamientos de las heridas crónicas complejas. *Enfermería Clínica*, 29(2), 74-82.
- Kreindl, C., Basfi-fer, K., Rojas, P. y Carrasco, G. (2019). Tratamiento nutricional en úlceras por presión y úlceras venosas. *Revista Chilena de Nutrición*, 46(2), 197-204.
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, BOE núm. 102 (1986).
- Lima, M., González, M., Carrasco, F. y Lima, J. (2017). Risk factors for pressure ulcer development in Intensive Care Units: a systematic review. *Medicina intensiva*, 41(6), 339-346.

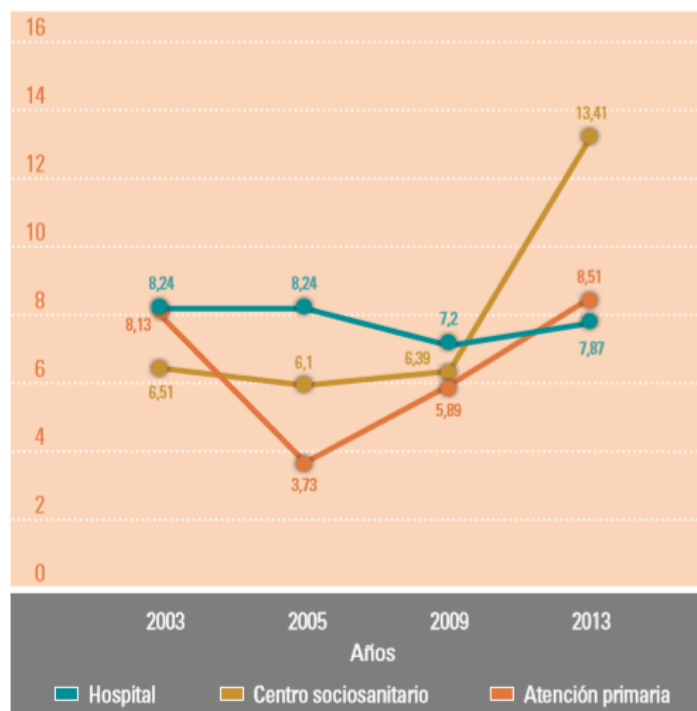
- Lopes, M. M., Silva, D. A., Caroline, J., Nogueira, R., de Sousa, G., de Oliveira, A. y Nogueira, D. (2016). Úlcera venosa: seis años de existencia por 92 días de cicatrización. *Gerokomos*, 27(3), 131-133.
- Miguélez, A., Casado, M. I., Company, M. A., Balboa, E., Font, M. A. y Román, I. (2018). Enfermería de práctica avanzada y gestión de casos: elementos imprescindibles en el nuevo modelo de atención a la cronicidad compleja en España. *Enfermería Clínica*, 29(2), 99-106.
- Ministerio de Justicia. (2019). *Código Civil y legislación complementaria*. Madrid: Ministerio de Justicia y la Agencia Estatal Bolrtín Oficial del Estado.
- Ministerio de Justicia. (2019). *Código Penal y legislación complementaria*. Madrid: Ministerio de Justicia y la Agencia Estatal Bolrtín Oficial del Estado.
- Mora, L. (2015). Los principios éticos y bioéticos aplicados a la calidad de la atención en la enfermería. *Revista cubana de oftalmología*, 28(2), 228-233.
- Ousey, K., Atkin, L., Milne, J. y Henderson, V. (2014). The changing role of the tissue viability nurse: an exploration of this multifaceted post. *Wounds UK*, 10(4), 54-61.
- Palomar, F., Pastor, M. I., Bonías, J., Fornes, B., Sierra, C., Zamora, J., . . . Palomar, D. (2018). Características y manejo del lecho de las heridas crónicas. *Enfermería Dermatológica*, 12(33), 10-18.
- Pancorbo, P., García, F. P., Torra, J. E., Verdú, J. y Soldevilla, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162-170.
- Perin, A. (2018). La redefinición de la culpa (imprudencia) penal médica ante el fenómeno de la medicina defensiva: bases desde una perspectiva comparada. *Política criminal*, 41(2), 273-275.
- España. Real Decreto 1302/2018, de 22 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros, Boletín Oficial del Estado, 23 de octubre de 2018, núm. 256, pp. 102636 (2018).
- Rocha, E. A., Carvalho e Souza, M., Pereira, P. C., Baena, M. H., Monteiro, I. y Costa, N. M. (2016). Pain prevalence, socio-demographic and clinical features in patients with chronic ulcers. *Journal of Tissue Viability*, 25(3), 180-184.
- Rumbo, J. M. (2015). Variabilidad e incertidumbre en el abordaje de las úlceras y heridas crónicas: situación actual. *Enfermería Dermatológica*, 9(25), 7-10.
- Rumbo, J. M, Romero, M., Bellido, D., Arantón, L., Raña, C. y Palomar, F. (2016). Evaluación de las evidencias y calidad de las guías de práctica clínica sobre deterioro de la integridad cutánea: úlceras y heridas crónicas. *Anales del Sistema Sanitario Navarro*, 39(3), 405-415.

- San Martín, L., Soto, N. y Escalada, P. (2019). Formación de las enfermeras de práctica avanzada: perspectiva internacional. *Enfermería Clínica*, 29(2), 125-130.
- Sánchez, M. P. (2016). *Enfermería y práctica avanzada en el entorno del paciente con necesidad de cuidados críticos* (Trabajo de fin de máster). Universidad de Cantabria, Santander.
- Sastre, P., De Pedro, J. E., Bennasar, M., Fernández, J. C., Sesé, A. J. y Morales, J. M. (2015). Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enfermería Clínica*, 25(5), 267-275.
- Soldevilla, J. J., García, F. P. y López, P. (2016). *Enfermeras Consultoras en Heridas Crónicas: serie de documentos de posicionamiento GNNEAUPP nº 13 (1ª ed.)*. Logroño: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas.
- Torra, J. E., García, F. P., Pérez, G., Sarabia, R., Paras, P., Soldevilla, J. J., . . . Verdú, S. J. (2017). El impacto de las lesiones por presión: revisión bibliográfica integrativa. *Gerokomos*, 28(2), 83-97.
- Torra, J. E., Soldevilla, J., Rueda, J., Verdú, J., Roche, E., Arboix, M. y Martínez, F. (2004). Primer Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras de Pierna en España: epidemiología de las "úlceras venosas, arteriales, mixtas y de pie diabético. *Gerokomos*, 15(4), 230-247.
- Universidad de Cantabria. (2018). *Máster Oficial en gestión integral e investigación en los cuidados de las heridas crónicas*. Obtenido de Universidad de Cantabria: <https://web.unican.es/centros/enfermeria/masteres-oficiales/master-universitario-en-gestion-integral-e-investigacion-de-las-heridas-cronicas>



## 13. Anexos

1. Anexo 1: Gráfico 1: Evolución de la prevalencia de úlceras por presión en España entre 2003 y 2013, según datos de los cuatro estudios nacionales de prevalencia promovidos desde el GNEAUPP.

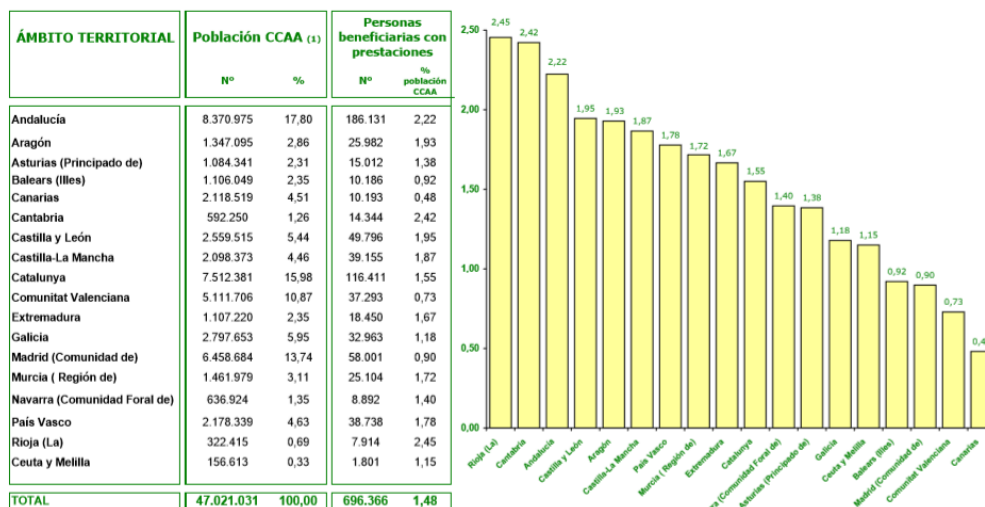


Nota: Recuperado de: Pancorbo, P., García, F. P., Torra, J. E., Verdú, J. y Soldevilla, J. J. (2014). Epidemiología de las úlceras por presión en España en 2013: 4º Estudio Nacional de Prevalencia. *Gerokomos*, 25(4), 162-170.

## 2. Anexo 2: Gráfico 2: Personas Beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CC.AA. 2011

### 2.9. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA.

Situación a 1 de Marzo de 2011.

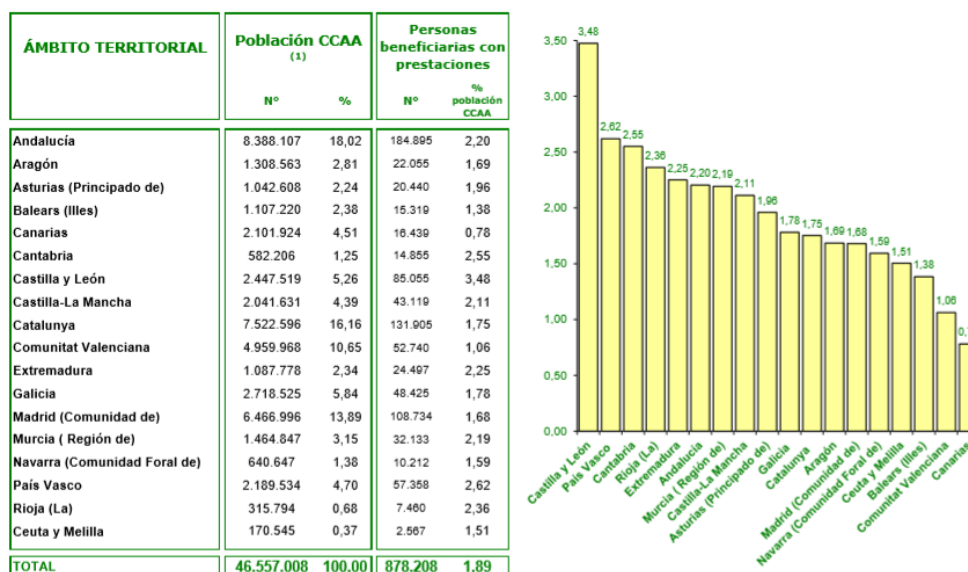


*Nota:* Recuperado de: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 1 de marzo de 2011.* Recuperado de : [https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2011/index.html](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2011/index.html)

## 3. Anexo 3: Gráfico 3: Personas Beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CC.AA. 2017

### 1.9. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA

Situación a 31 de Marzo de 2017



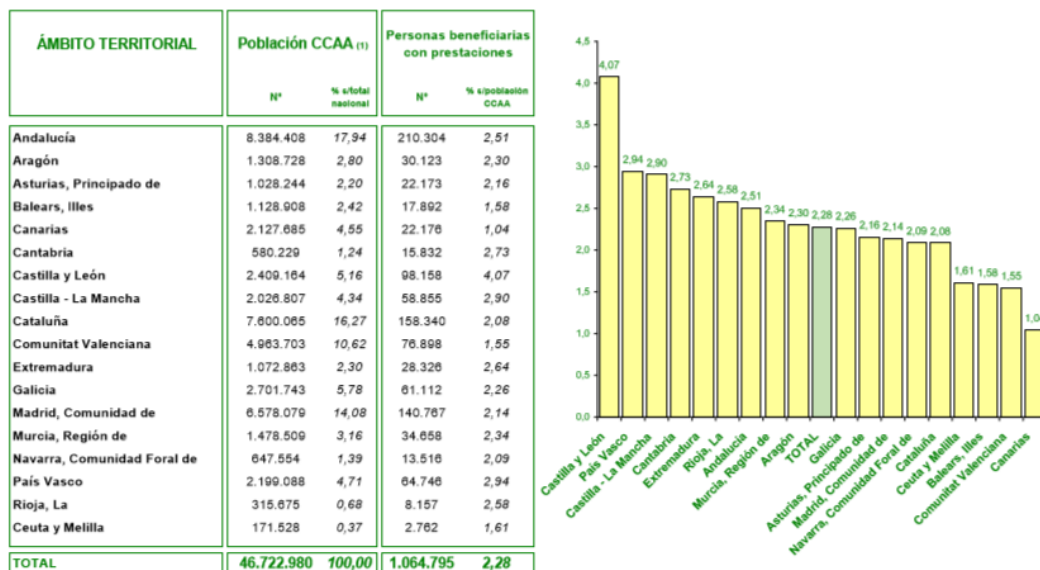
*Nota:* Recuperado de: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación*

a 1 de marzo de 2011. Recuperado de :  
[https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2017/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2017/index.htm)

4. Anexo 4: Gráfico 4: Personas Beneficiarias con prestaciones en relación a la población de las CC.AA. 2019

**1.9. PERSONAS BENEFICIARIAS CON PRESTACIONES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN DE LAS CCAA**

Situación a 31 de marzo de 2019



Nota: Recuperado de: Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2011). *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 1 de marzo de 2011.* Recuperado de :  
[https://www.imserso.es/imserso\\_01/documentacion/estadisticas/info\\_d/estadisticas/est\\_inf/inf\\_gp/2019/index.htm](https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/info_d/estadisticas/est_inf/inf_gp/2019/index.htm)